

が高いが、これは、術後感染が膣へ開口されないため、全別後の場合では骨盤内炎症を起すことは少ない。残留頸部に炎症のあるものに下腹痛や腰痛を訴えるものが多いことは、頸部の炎症が、骨盤痛の原因となることを示している。また性器脱の頻度も全別後に比べて高く、残留頸部が下垂に対して支えとなっていないことを物語っている。後遺症に対して37例に残留頸部剔除（20例は腹式、17例は膣式）を行つた。術後診断の主なものは、子宮頸部炎と骨盤内炎症であつた。これらの例は術後殆んどその症状が軽快した。

断端癌は39例あり、うち4例は0期、12例は偽断端癌であつた。これらの断端癌のうち1960年までに治療した16例の5年治癒率は25%で同期の当科全頸癌の5年治癒率58.3%に比して著しく悪い。

結論として、手術後の残留頸部に基づいて骨盤痛、帯下を主とする症状を起すことが少なくない。これらは頸部の炎症、術後の骨盤内炎症、これに続発する尿路感染が主因をなすと考えられる。

追加 (岡山大) 橋本 清

只今の御報告では断端癌の治癒率が非常に悪い様に申されましたが、岡大の成績では一般の頸癌に比べて大差ない様になっております。

追加 (国立金沢) 遠藤 幸三

北野病院、下村先生に

私が昭和32年に発表した論文で全別後の性交状態は障害あるものは腹式全別後32.1%、膣式全別後25.7%に対し、Supra後は37.8%であつた。不変と答えたものは、それぞれ82.5、44.8、29.3%で全別の方がよい成績であつた。また配偶者の性感は減退が腹式全別16.0%、膣式全別14.3、Supra後8.2%、不変はそれぞれ38.3%、48.6%、33.6%で大した意味はないと解している。

岡大、橋本教授に。

当科の、この期間の断端癌の成績が悪いのは例数が少いので、意義あるかどうかはやゝ確言しがたい。また、この内かなり進行した頸癌にSupraを他院で行つた症例が5例あり、これらはすべて治療に抗して死亡したので、更に成績をわるくしている。

質問 追加 (北野病院) 下村 虎男

主に子宮筋腫を包む骨盤内腫瘍の剔出に際して子宮を膣上部切断すべきか、単純全別にふみ切るべきかについては、術後の夫婦生活の問題をふくめて考慮すべきであろう。

私は断端癌の発生を予防する意味で、膣部びらんの併

存している子宮筋腫は原則として単純全別に 行つてい

質問 (東京都) 杉山 四郎

膣上部切断の断端は、子宮動脈が萎縮しているので、膣式に摘除が簡単であるが、腹式に摘除した例はいかなるものに行なつたか。

回答 (国立金沢) 小島 俊彦

腹式に頸部剔除を行つた者は全て骨盤内炎症や、附属器腫瘍などの腹腔内異常のあるもののみでそれ以外は膣式に残留頸部を剔除している。

72. 子宮頸癌の超広汎性術式について

—明石の超広汎手術—

(札幌医大) 明石 勝英

小森 昭、平沢 峻、横山 幸生

八木橋三郎、須賀 政友、中村 俊雄

川瀬 哲彦、山口 斌、小前 由雄

骨盤内局所解剖に立脚して系統的且つ安全に高度の広汎性を目的として行なう。術式は大体2つの段階に分ける。

I. 腹膜外術式：本術式採用時、当初の目的は膣式子宮広汎全摘除術に於けるリンパ節廓清の補助手段に過ぎなかつたが、近來は基靭帯を骨盤壁より徹底的且つ安全に解離せしむる rout としている。

1) 骨盤所属リンパ節廓清は6段法により en bloc に行なう。

2) 基靭帯の解離：側臍靭帯をつまみ上げ、子宮動脈、上下膀胱動脈、内陰動脈、下臀動脈、閉鎖動脈をその起始部に結紮切断する。次いで閉鎖動・静脈の大坐骨切痕への小枝と切離して、梨状筋孔の下孔を遊離する。尾骨筋膜を大坐骨切痕より切離して、内陰動脈及び静脈を切離し、坐骨神経叢の走行を明瞭ならしめてより、下臀動脈及び静脈を切断し、又内腸骨静脈を上・下臀静脈の中間で切断する。これにより基靭帯は骨盤壁から完全に切離せられる。

II. 膣式術式：膣壁マンシェット形成、膀胱剝離膣周囲組織切断、膀胱・直腸側腔展開、膀胱脚切断による尿管膀胱部の遊離、骨盤腹膜の切開により、附属器摘除後、骨盤腹膜閉鎖後、直腸脚の切断により子宮は超広汎性に摘除せられる。

III. 補助法 1) 子宮腔部の術前ラジウム照射(3000~5000mg/時) 2) 森新太郎博士の持続チューピング腰椎麻酔法、3) 止血法として熱性食塩水ガーゼ使用、深部静脈の電気焼灼凝固切離法 4) 尿道口のヘガール氏拡張器

による拡大。

追加 (北野病院) 下村 虎男

最近明石教授の超広汎腹膜外子宮全剝手術を直接見学する機会を得たが、術者を中心として、教室の全力を挙げて本手術とつ組んで居られる姿に感佩した。

所謂超広汎術式を各期の癌に応用せられた明石教室の今後の成果に期待を寄せたい。

追加 (岡山大) 橋本 清

明石教授が次々と新しい立派な術式を開発され、今日も見事な術式をお示しいただいた事に敬意を表しますが、

我々が手術する目的は如何にして子宮頸癌患者を治癒させるかの点にある事は云う迄ありません。明石教授のこの立派な術式で、単にどの程度の治癒率の改善が得られるものかをお示し願いたいと希望しております。

73. 頸癌手術後の尿管瘻に対する尿路再建術についての検討

(山口大) 鳥越 正
和田 等, 大楽 高弘, 林 隆士

頸癌根治手術(岡林術式)を行なうとその術後に種々の合併症を起こす可能性或いは危険性があるが、その中でも尿管腔瘻は最も不快な合併症の1つであり、その原因と対策については古来枚挙にいとまのない程沢山の報告がされて来ているが、現在でも尚頸癌治療面での重要な問題点の1つとなつている。しかし、以前からよく採用されて来た保存的療法には限界があり本法によつて尿漏出を見なくなった例の過半数は腎機能の廃絶によるみせかけの治癒にすぎないことが判明してきた現在では、出来るだけ早く積極的な尿路再建術を実施すべきであるという見解が主流を占めて来ている。

この修復手術として尿管回腸膀胱吻合術を推奨する人が多いが、本法は手術侵襲が大きく、また合併症の起こる危険性も大きいのでやはり尿管膀胱吻合術——特に尿管膀胱壁弁吻合術(Boari 手術)——を実施するのが合理的でありしかも結果も確実であるという点については演者の1人鳥越がすでに再三にわたり誌上に発表して来たところである。

最近、4年前に回腸分節を利用した再建手術(Cat tail method)を実施した症例で、粘液を核として発生した大きな膀胱結石を発見しこれを摘出した例を経験したが、これに対して Boari 手術, Sampson 手術施行例では現在までこのような後遺症をのこしたものは皆無である事実からみても、頸癌手術後の尿管腔瘻に対しては

尿管膀胱吻合術(特に Boari 手術)を基本術式として採用すべきであると再び強調致したい。

74. 巨大な放射性膀胱直腸腔瘻の手術実験

(国立金沢) 遠藤 幸三, 岡部 三郎

放射線治療後に発生した巨大な膀胱直腸腔瘻は、手術治療は極めて困難で、そのまま放置されるか、腔閉鎖手術または人工肛門作成と腔閉鎖の併用などの姑息な手段をとられることが多い。根治的治療を行う場合には、まず人工肛門を作成して、糞便を直腸から空虚にした上で、瘻孔を閉鎖し、更に放射線作用を受けない遠隔の血流の豊富な組織を閉鎖した瘻孔に被覆して治癒をはかる方法がとられる。

この方法では、瘻孔治癒後に、人工肛門を閉鎖し、糞便の通路を元に復元する手術を追加しなければならず、侵襲も大きい。

私の試みた方法は、一次的に両側の恥骨尾筋を遊離させて瘻孔を被覆した。この方法では、術後の糞便の漏洩が起つて治癒は困難と考えられており、事実一時的に尿漏、糞漏を来したが、結局治癒し手術は成功した。

手術の要点は、膀胱は前腔壁全体に露出して翻転しているのを、これを全周から剝離し、元の袋状の形に復元して、瘻孔を完全に弛緩させること、直腸瘻も同様にする。術後の治療として手術創を乾燥状態に保持すること、尿の停滞を来さないことなどである。また利用する健常組織としては、放射の影響を受けない血流の豊富な大量の組織が必要である。

質問 (札幌大) 小森 昭

- 1) 巨大な膀胱腔瘻を治療せしめた事に対し敬意を表す。
- 2) 術中挿置した尿管カテーテルは、術後何日間位挿置したか?

回答 (国立金沢) 遠藤 幸三
札幌大、小森先生に

尿管カテーテルの術後挿入期間は19日でした。術後、膀胱の膨満をさけることが重要であるが、尿管カテーテルは2週間以内でよいと考えています。

75. 我々の考案した糞瘻の非観血的簡易新閉鎖法

(市立川崎) 山本 浩
久布白兼和, 林 茂, 高橋 美行
手島 基之, 落合 寛, 山口 光哉
長田 宏, 佐藤 善之, 天谷 曉美

腔に糞瘻を形成した場合、一般には瘻孔縁を腔壁より剝離し別々に縫合する方法がとられているが、全身状態